

**Notifica di decisione**  
**per la sospensione definitiva dal Programma**  
**per minori 1915(c) dello Stato di New York**

Data di notifica	Decorrenza	Numero CIN
<b>Partecipante (minore/giovane)</b>	Nome	
	Data di nascita	
<b>e p.c. Genitore/Tutore legale/ Rappresentante legale, se disponibile</b>	Nome	
<b>Struttura Health Home</b>	Nome	
	Indirizzo	
	Numero di telefono	

Le comunichiamo che a decorrere da \_\_\_\_\_ questa agenzia \_\_\_\_\_  
Data Nome della struttura Health Home

**Ha sospeso definitivamente la sua iscrizione al Programma per minori 1915(c) HCBS**

L'iscrizione al programma e l'accesso ai servizi HCBS sono stati sospesi definitivamente a decorrere dalla data indicata sopra per almeno uno dei seguenti motivi:

- Non soddisfa più i criteri del Livello assistenziale in termini di gruppo target, fattori di rischio e requisiti funzionali necessari per l'iscrizione al programma
- Ha compiuto 21 anni
- Riceve servizi HCBS da un altro sistema HCBS (ad es., OPWDD o MLTC)
- Riceve assistenza in regime di ricovero da più di 90 giorni (ad es. struttura di assistenza residenziale, casa di cura, ospedale, ecc.)
- È attualmente in carcere
- Altro \_\_\_\_\_

Questo provvedimento è stato preso in base all'autorità conferita dal Programma per minori HCBS NY 4125 R05.02 e 42 CFR 441.302(c) e dalla legge sui servizi sociali 366(6), 366(7), 366(9) o 366(12)

**Firma del rappresentante Health Home** X

**SE NON ACCETTA QUESTA DECISIONE, PUÒ RICHIEDERE UN INCONTRO, UN'UDIENZA IMPARZIALE O ENTRAMBI. PER INFORMAZIONI SU COME RICHIEDERE UN INCONTRO E/O UN'UDIENZA IMPARZIALE, LEGGA IL RETRO DI QUESTA NOTIFICA.**

## DIRITTO A UN INCONTRO

Può richiedere un incontro per rivedere questo provvedimento. Se desidera un incontro, dovrà farne richiesta il prima possibile. All'incontro, se riconosciamo di aver preso la decisione errata o se, per le informazioni forniteci, disponiamo di cambiare la nostra decisione, intraprenderemo un'azione correttiva e gliene daremo comunicazione. Potrà richiedere un incontro chiamando il numero riportato nella prima pagina di questa notifica oppure inviando una richiesta scritta all'indirizzo riportato nella parte superiore della prima pagina di questa notifica. Questo numero va usato solo per richiedere un incontro. **Non è la procedura per richiedere un'udienza imparziale.** Richiedendo un incontro ha comunque diritto ad ottenere un'udienza imparziale. Se desidera che i sussidi rimangano invariati (assistenza continua) fino all'esito dell'udienza imparziale, deve richiedere un'udienza imparziale nel modo descritto di seguito. Per le informazioni su come richiedere un'udienza imparziale, legga di seguito.

## DIRITTO A UN'UDIENZA IMPARZIALE

Se ritiene che il provvedimento preso sia sbagliato, potrà richiedere un'udienza imparziale di Stato:

- 1) **Telefonicamente:** Può chiamare il numero verde gratuito valido su tutto il territorio dello Stato: 800-342-3334 (TENGA QUESTA NOTIFICA A PORTATA DI MANO AL MOMENTO DELLA CHIAMATA); OPPURE
- 2) **Via fax:** Invia una copia di questa notifica al numero di fax (518) 473-6735; OPPURE
- 3) **Online:** Compili e invii il modulo di richiesta online disponibile all'indirizzo: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; OPPURE
- 4) **Per posta:** Invia una copia della presente notifica al seguente recapito: Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Conservi una copia per riferimento.
- 5) **Di persona:** Città di New York:  
Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
14 Boerum Place – 1st Floor  
Brooklyn, New York 11201
- 6) **Utenti sordomuti**  
Contatti il servizio di ritrasmissione New York Relay Service al numero 711 oppure al numero 1-800-622-1220. Chieda all'operatore di contattare il numero 877-502-6155. Il servizio a questo numero sarà offerto solo agli utenti che utilizzano apparecchi TDD.

Richiedo un'udienza imparziale. Il provvedimento preso dall'agenzia è sbagliato perché \_\_\_\_\_

## HA 60 GIORNI DI TEMPO DALLA DATA DI QUESTA NOTIFICA PER RICHIEDERE UN'UDIENZA IMPARZIALE

Se richiede un'udienza imparziale, lo Stato le invierà un avviso contenente la data e l'ora dell'udienza. Ha il diritto di essere rappresentato da un consulente legale, un parente, un amico o un'altra persona, oppure di rappresentarsi da solo. All'udienza lei, il suo legale o altro rappresentante avrà l'opportunità di presentare prove documentali e orali con cui dimostrare i motivi per cui il provvedimento non andrebbe preso, nonché l'opportunità di rivolgere domande a chiunque sia chiamato in udienza. Ha inoltre il diritto di presentare testimoni che depongano a suo favore. All'udienza dovrà portare ogni documento che possa essere utile alla presentazione del suo caso, come la presente notifica, buste paga, ricevute, fatture sanitarie, spese di riscaldamento, accertamenti medici, lettere ecc.

## RISCOSSIONE DEI SUSSIDI

Se richiede un'udienza imparziale prima della decorrenza indicata nella presente notifica, continuerà a ricevere i sussidi senza alcuna modifica fino alla pronuncia della decisione dell'udienza imparziale. Tuttavia, in caso di decisione a lei sfavorevole, potremmo recuperare il costo di eventuali sussidi Medicaid che non avrebbe dovuto riscuotere. Se preferisce evitare questa evenienza, bari la casella qui sotto per indicare che non desidera continuare a ricevere assistenza e invii questa pagina insieme alla richiesta di udienza. Se sceglie di barrare la casella, il provvedimento sopra descritto verrà preso alla decorrenza indicata in alto.

Accetto che il provvedimento preso riguarda i miei sussidi Medicaid, come descritto nella presente notifica, prima della pronuncia della decisione dell'udienza imparziale.

## ASSISTENZA LEGALE

Se ha bisogno di assistenza legale gratuita, potrà ottenerla contattando la Legal Aid Society (Società per il patrocinio legale gratuito) locale o altro ente di patrocinio legale gratuito. Può trovare l'ufficio Legal Aid Society o l'ente di patrocinio legale più vicino cercando nelle Pagine Gialle alla voce "Lawyers" oppure chiamando il numero indicato nella prima pagina di questa notifica.

## ACCESSO AL FASCICOLO PERSONALE E ALLE COPIE DEI DOCUMENTI

Per aiutarla a prepararsi per l'udienza, ha il diritto di consultare il suo fascicolo personale del caso. Se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia dei documenti del suo fascicolo che consegneremo al funzionario incaricato dell'udienza. Inoltre, se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia degli altri documenti del suo fascicolo di cui potrebbe aver bisogno per prepararsi all'udienza imparziale. Se ci contatta telefonicamente o per posta, metteremo inoltre gratuitamente a sua disposizione il materiale informativo specifico di cui necessita per decidere se richiedere un'udienza imparziale o per prepararsi all'udienza. I materiali informativi che potremmo mettere a sua disposizione comprendono i seguenti documenti: direttive amministrative, messaggi del sistema informativo generale, lettere informative, parti della guida di riferimento Medicaid, newsletter di aggiornamento Medicaid del Department of Health e promemoria del sovrintendente locale. Per richiedere materiali informativi o documenti specifici o per conoscere la procedura di consultazione del fascicolo, ci contatti al numero telefonico per l'accesso agli atti indicato nella parte superiore della prima pagina di questa notifica, o ci scriva all'indirizzo riportato sempre nella parte superiore della prima pagina di questa notifica. Se desidera una copia gratuita dei materiali informativi o dei documenti specifici del fascicolo personale del caso, dovrà farne richiesta con adeguato anticipo. Questi le verranno forniti in un tempo ragionevole prima della data fissata per l'udienza. I documenti le saranno spediti per posta soltanto se ne richiede specificamente l'invio.

## INFORMAZIONI

Se desidera ulteriori informazioni sul suo caso, sulle modalità per richiedere un'udienza imparziale, per consultare il fascicolo personale oppure per ottenere ulteriori copie di documenti, ci chiami ai numeri di telefono riportati nella parte superiore della pagina 1 di questa notifica o ci scriva all'indirizzo riportato sempre nella parte superiore della pagina 1 di questa notifica.

Nome in stampatello:	Numero di identificazione cliente (CIN):
Indirizzo:	Numero di telefono:
Firma: X	Data: